



DEMANDE DE REPRISE

DIVISION DES PERSONNELS
ENSEIGNANTS
Bureau des Affaires Médicales
et Accidents de Travail
Référence à rappeler :
07-08-27-853-2-DP3.doc

- à Temps complet
 à Temps partiel thérapeutique
 Prolongation du Temps partiel
thérapeutique

après

CONGE DE LONGUE MALADIE

OU

CONGÉ DE LONGUE DUREE

OU

SIX MOIS CONSECUTIFS DE CONGES ORDINAIRES
DE MALADIE (UNIQUEMENT POUR LA REPRISE A TEMPS
PARTIEL THERAPEUTHIQUE)

NOM

Prénom

Grade **Discipline :**

ETABLISSEMENT

ADRESSE PERSONNELLE
.....
.....

Reprise à :

. Temps COMPLET
à c/ du :

. Temps partiel thérapeutique
à c/ du : **jusqu'au :**

Quotité	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %
----------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Joindre à cette demande le certificat médical la justifiant.

*Signature du chef d'établissement
ou de l'I.E.N.*

A _____ **le** _____
Signature de l'intéressé(e)

ATTENTION : - le temps partiel thérapeutique peut être accordé pour une durée limitée à un an, pour une même pathologie, durant toute la carrière d'un fonctionnaire et sa quotité peut varier sur avis du Comité médical.

- la reprise des fonctions après CLM ou CLD ou après demande d'octroi d'un temps partiel thérapeutique ne peut se faire sans l'accord préalable du Comité Médical.